

FORMULÁRIO DE OPÇÃO PELO INSTITUTO DO AUTOPATROCÍNIO

Nο

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do Servidor:			ID Funcional / Matrícula:	
CPF:	Data de nascimento:	Email:	I	
Endereço:				CEP:
Bairro:		Cidade:		UF:
Telefone fixo:		Telefone celular:		I
Órgão Patrocinador:		Cargo Efetivo:		
Manifesto minha opção pelo RJPrev – CD, aprovado pela F seguir: () Rompimento do Vínculo Fur	Portaria DITEC/PREVIC/MPS	nº 450, de 02 de set	embro de 2013, tendo em	vista o motivo a
Regulamento do Plano RJPrev-CI);			
) Perda parcial ou total da rer PlanoRJPrev-CD;	nuneração a partir de/_	/tendo em vi	sta o previsto no§ 4º art. 8º do	o Regulamento do
) Afastamento ou licença sem previsto no § 8 do art. 8º do Regu		r a 30 dias a partir de _	/ tendo	o em vista o
() Afastamento ou licença sem previsto no § 9 do art. 8º do Regu ao Custeio Administrativo e ao F () Redução da Base de Contrib previsto no § 10 do art. 8º do Re	lamento do Plano RJPrev-CD. (su undo de Cobertura dos Benefíc uição para um valor igual ou in	uspensão das suas conti cios não Programados). ferior ao Teto do RGPS	ribuições vertidas ao Plano, ex	ceto as destinadas
Percentual da Contribuição Patrocii	nada:%(por cento)
Percentual da Contribuição Faculta	tiva:% (por cento)
Autorizo a debitar em mil referentes ao Plano de Bene		es referentes às cont	ribuições, taxas e demais d	lespesas mensais
Comprometo-me desde já, qualquer responsabilidade vencimento.	decorrente da não liquidad	ção do compromiss	o por insuficiência de sa	
Agenci	a nº	Conta corrente	en	
Local e		Assinatura do Participante (CLUSIVO DA RJPrev		
Número de Solicitação: Data de Deferimento:		Responsável pela Análise: (carimbo e assinatura)		
	·			
PROTOCOLO –Requerimento de Autopa	trocínio - PARA USO EXCLUSIVO DA R	_		
Nome do Servidor:		ID Funcional / Matrícula:		
Data de Pedido:	Responsável pelo recebimento do pedido: (identificação e assinatura)			